

**FORMULARZ ZGŁOSZENIA ROSZCZENIA Z TYTUŁU POWAŻNEGO ZACHOROWANIA
DLA KREDYTOBIORCÓW BANKU BGŻ BNP PARIBAS S.A.****PROSIMY O ZAPOZNANIE SIĘ Z PONIŻSZĄ INSTRUKCJĄ**

1. Niniejszy formularz przeznaczony jest do zgłoszenia roszczenia z tytułu **poważnego zachorowania** kredytobiorcy.
2. Należy podać wyczerpujące informacje i wypełnić wszystkich części druku.
3. Dokładne wypełnienie formularza oraz dołączenie wskazanych dokumentów umożliwi szybkie rozpatrzenie wniosku o wypłatę świadczenia.
4. W przypadku, kiedy przedłożone dokumenty są niewystarczające do zakończenia procedury weryfikacyjnej Ubezpieczyciel zastrzega sobie prawo do wystąpienia o potrzebne informacje.
5. Formularz wraz z odpowiednimi dokumentami należy przesłać listem poleconym na adres:

Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A., Dział Obsługi Roszczeń, Plac Piłsudskiego 2, 00-073 Warszawa.

W celu uzyskania pomocy w wypełnieniu formularza należy skontaktować się z Ubezpieczycielem.

Pozostajemy do Państwa dyspozycji od poniedziałku do piątku w godzinach 9⁰⁰ – 17⁰⁰ pod numerem telefonu: **22 529 17 52**.

Do niniejszego roszczenia należy dołączyć niżej wymienione dokumenty:

- dokumentacja potwierdzająca wystąpienie jednostki chorobowej lub przebiecie operacji wymienionej w katalogu poważnych zachorowań,
- dokumentacja medyczna dotycząca leczenia Ubezpieczonego,
- inne dokumenty wymagane przez Ubezpieczyciela, niezbędne do ustalenia zasadności roszczenia o wypłatę i wysokości świadczenia ubezpieczeniowego (np.: dodatkowa dokumentacja medyczna).

IMIĘ I NAZWISKO UBEZPIECZONEGO _____

PESEL _____ Numer umowy _____

Data rozpoznania choroby ____-____-_____

Prosimy o zaznaczenie, jaka choroba została rozpoznana:

- nowotwór złośliwy (rak) zawał serca udar mózgu
 niewydolność nerek chirurgiczne pomostowanie naczyń wieńcowych przeszczep narządu

Adres placówki, w której rozpoznana została w/w choroba Nazwa _____

Ulica _____ Nr.lok. _____

Kod pocztowy ____ - ____ Miejscowość _____ Telefon _____

Adres przychodni pierwszego kontaktu: Nazwa _____

Ulica _____ Nr.lok. _____

Kod pocztowy ____ - ____ Miejscowość _____ Telefon _____

Dane lekarza pierwszego kontaktu: Imię i Nazwisko _____ Tel. kontaktowy _____**Prosimy o podanie nazw i adresów innych instytucji (przychodni specjalistycznych, szpitali), w których leczy się i leczyła się osoba ubezpieczona.**

IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZGŁASZAJĄCEJ ROSZCZENIE _____

Ulica _____ Nr domu _____ Nr lok _____

Kod pocztowy _____ Miejscowość _____

Tel. stacjonarny (____) _____ - _____ - _____ w godz. (:) Tel. komórkowy _____ - _____ - _____ w godz. (:)

E-mail: _____

Wyrażam zgodę na przechowywanie oraz przetwarzanie moich danych osobowych przez Towarzystwo Ubezpieczeń na Życie Cardif Polska S.A. z siedzibą w Warszawie przy pl. Piłsudskiego 2 w zakresie niezbędnym do rozpatrzenia niniejszego roszczenia.

Podane przeze mnie dane są prawdziwe. Jestem świadomy/a odpowiedzialności karnej grożącej za udzielenie nieprawdziwych informacji lub zatajenie okoliczności mających istotny wpływ na proces rozpatrywania roszczenia.

Zostałem poinformowany/a, że podanie przeze mnie danych osobowych jest dobrowolne oraz, że przysługuje mi prawo dostępu do ich treści i prawo do ich poprawiania.

Wyrażam zgodę na przekazywanie informacji związanych ze zgłoszonym roszczeniem za pomocą komunikacji elektronicznej w szczególności za pośrednictwem niezabezpieczonej poczty elektronicznej na adres podany w niniejszym formularzu.

Data ____ - ____ - _____ Podpis zgłaszającego _____